

**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROSTATECTOMIA PARA H.P.B. TRANSVESICAL OU RETROPÚBICA.**

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. \_\_\_\_\_ e/ou os seus assistentes a realizar uma PROSTATECTOMIA como forma de tratamento da H.P. . O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um cateter (sonda) na uretra e na bexiga para drenagem de urina por mais ou menos sete dias.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização de bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada.
2. Dor ou desconforto na uretra ou região da incisão cirúrgica requerendo medicamentos analgésicos.
3. Possibilidade de permanecer com um dreno no abd men para drenar possíveis coleções internas de líquido ou sangue.
4. Possibilidade de edema, hematoma e/ou infecção na incisão cirúrgica requerendo tratamento futuro.
5. Possibilidade de extravasamento de urina pela incisão ou pelo dreno.
6. Cicatrização esteticamente inadequada por fatores individuais (quelóide, hipertrófica, etc)
7. Possibilidade de permanecer sem a emissão do sêmen durante o orgasmo.
8. Possibilidade de permanecer com perda urinária (incontinência) temporária ou definitiva.
9. Possibilidade remota de impotência sexual.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que as terapias alternativas para meu caso poderiam ser RTU (Ressecção Transuretral da Próstata) ou Implante de Stent Uretral. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Prostatectomia para H.P.B. é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**